



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/667 - Pseudohiperaldosteronismo secundario a consumo de regaliz

J.M. Madeira Martins<sup>a</sup>, F. Leiva-Cepas<sup>b</sup>, I. López López<sup>c</sup>, J. López Moreno<sup>d</sup>, C. Pavón Perejón<sup>c</sup> y P. Menéndez Sagrado<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de la Fuensanta. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 65 años que acude a urgencias derivado por su MAP por dolor, debilidad y dificultad para la movilización de ambos miembros inferiores (MMII) de una semana de evolución sin otra sintomatología asociada. Antecedentes personales: HTA (tratamiento: amlodipino, telmisartán/hidroclorotiazida) y diabetes mellitus tipo 2 (tratamiento: metformina).

**Exploración y pruebas complementarias:** Cifras tensionales de 203/99 mmHg. Exploración física anodina. Se solicita ECG, gasometría venosa (GSV), radiografía de tórax y analítica con los siguientes hallazgos: taquicardia sinusal con PR largo y discretas ondas U. GSV: pH 7,55; K 1,7 (en analítica de 1,9) y bicarbonato: 43,70; en analítica: Cl 89; Ca corregido: 7,9; K en orina de 33,2; CK: 7.204 y Mg: 1,3. Resto de resultados normales. Se ingresa en Servicio de Observación para tratamiento de hipocaliemia grave, sin embargo, ante la persistencia de la misma a pesar del tratamiento intensivo suministrado, se vuelve a reinterrogar al paciente, el cual, refiere una abundante ingesta diaria de regaliz en los días previos, por lo que, ante la sospecha clínica se decide ingreso en Nefrología para estudio. En dicho servicio se objetiva: renina de 6,53 y aldosterona de 22,89 se confirma el diagnóstico, lográndose posteriormente la corrección de hipocaliemia y de las demás alteraciones iónicas asociadas -normalización progresiva de CK-.

**Juicio clínico:** Pseudohiperaldosteronismo secundario a consumo de regaliz.

**Diagnóstico diferencial:** Hiperaldosteronismo primario/secundario; tumor secretor de renina; nefropatía pierde sal, síndrome de Cushing; adenoma veloso y acidosis tubular renal.

**Comentario final:** Se comprueba una vez más que una buena historia clínica es el mejor método diagnóstico a disposición del MAP, relacionando los datos aportados por el paciente con el contexto clínico e indagando en sus antecedentes personales, familiares y como en este caso, algún cambio en su rutina habitual.

### Bibliografía

1. Stewart PM, et al. Mineralocorticoid activity of liquorice: 11-beta-hidroxysteroid dehydrogenase activity comes of age. Lancet. 1987;2:821-4.
2. Tiu S, et al. The use of aldosterone-renin ratio as a diagnostic test for primary hyperaldosteronism and its test characteristics under different conditions of blood sampling. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90:72-8.

*Palabras clave:* Hipopotasemia. Regaliz. Pseudohiperaldosteronismo. Alcalosis Metabólica.